

SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Antiagrégants plaquettaires : prise en compte des risques thrombotique et hémorragique lors des actes invasifs de proctologie chez le coronarien

Juin 2012

Environ 18 % des patients candidats à une intervention chirurgicale proctologique sont sous antiagrégants plaquettaires (AAP) (enquête CREGG 2008), ceux-ci augmentant le risque hémorragique du geste effectué.

Chez les patients coronariens, arrêter les AAP pour réaliser un geste invasif est un facteur de risque majeur d'accident thrombotique cardiaque sévère ou léthal.

Ces deux risques étant antagonistes, il est impératif d'évaluer préalablement :

1. le risque thrombotique lié à une éventuelle modification du traitement par AAP ;
2. le risque hémorragique lié à l'acte envisagé et sa faisabilité sous AAP.

OBJECTIF

Proposer à chaque patient la stratégie de prise en charge qui optimisera la balance entre ces deux risques en fonction de l'acte envisagé et du risque thrombotique inhérent à sa coronaropathie.

1 - ÉVALUER L'HÉMOSTASE ET INFORMER LE PATIENT

- L'interrogatoire ciblé est l'outil à privilégier pour évaluer le risque hémorragique avant un geste invasif.
- La performance des tests biologiques actuels est médiocre pour évaluer le risque hémorragique sous aspirine, clopidogrel ou prasugrel.
- Un bilan d'hémostase préopératoire systématique pour déterminer le risque hémorragique d'un patient sous aspirine, clopidogrel ou prasugrel n'est pas utile.
- Il est recommandé d'informer le patient sur les risques thrombotique et hémorragique et de lui expliquer la stratégie thérapeutique envisagée.
- La présentation par le patient d'un document précisant sa pathologie coronaire, le type de stents utilisés et les traitements prescrits facilite l'évaluation et lui permet de participer à la décision.
- En raison de l'absence de démonstration de son efficacité, la transfusion prophylactique systématique de concentrés plaquettaires n'est pas recommandée.
- En cas de nécessité d'arrêt de tous les AAP, aucun relais par AINS ou HBPM n'est recommandé.

2 - ÉVALUER LES RISQUES THROMBOTIQUE ET HÉMORRAGIQUE

1. Évaluer le risque thrombotique

	Risque majeur	Risque moindre #
Pose d'un stent nu*	< 6 semaines	> 6 semaines
Pose d'un stent actif*	Moins de 6 à 12 mois	Au-delà de 6 à 12 mois
Syndrome coronarien aigu (SCA) : STEMI ou NSTEMI	< 6 semaines	De 6 semaines à 1 an

* Le risque de thrombose est maximal dans les suites de la pose du stent.

Le coronarien simple (sans dilatation, sans stent) est considéré comme étant à risque moindre.

Facteurs surajoutés transformant le risque moindre en risque majeur :

Liés au terrain :

- contexte de l'angioplastie (SCA ou infarctus avec sus-décalage du segment ST),
- altération de la fonction ventriculaire gauche,
- diabète ; insuffisance rénale ; néoplasie évolutive,
- antécédent de thrombose de stent ;

Liés à la procédure :

- plusieurs vaisseaux stentés ; long segment stenté (50 mm), tronc commun,
- petit calibre du stent (2,5 mm) ; calcification ; stent sous-dimensionné,
- bifurcation ; utilisation de stent actif en dehors des indications reconnues ;
- pharmacogénétique : portage du variant CYP2C19*2.

- **Le risque thrombotique majeur** nécessite une bithérapie par AAP : acide acétylsalicylique (AAS) : 75 mg/j + thiénoxyridine (clopidogrel ou prasugrel ou ticagrélor) durant au moins 6 semaines pour les stents nus et 12 mois pour les stents actifs, puis à adapter au cas par cas.
- **Le risque thrombotique moindre** nécessite en principe une monothérapie par AAP à vie.

Traitement AAP recommandé chez le coronarien

	Type de traitement	Durée
Coronaropathie	Monothérapie : AAS ou clopidogrel	Indéfiniment
SCA	AAS + clopidogrel	≥ 12 mois, puis au cas par cas : poursuite ou monothérapie par AAS
SCA dilaté	AAS + prasugrel ou AAS + clopidogrel	≥ 12 mois, puis au cas par cas : poursuite ou monothérapie par AAS
Stent actif (hors SCA)	AAS + clopidogrel	≥ 6 à 12 mois, puis au cas par cas : poursuite ou monothérapie par AAS
Stent nu (hors SCA)	AAS + clopidogrel	6 semaines, puis au cas par cas : poursuite ou monothérapie par AAS

2. Évaluer le risque hémorragique

- Les actes de proctologie instrumentaux ou chirurgicaux ont été classés à risque hémorragique faible ou modéré, compte tenu que la chirurgie proctologique est une chirurgie à voie d'abord permettant une hémostase assez aisée.

Risque hémorragique sans AAP	Acte proctologique	Sous AAS	Sous clopidogrel ou prasugrel
Risque faible	Injections sclérosantes	OUI	NON
	Photocoagulation infrarouge		
	Ligature élastique		
	Cryothérapie		
	Coagulation bipolaire BICAP		
	Destruction de petites tumeurs ou de condylomes		
	Excision de fissure (fissurectomie avec ou sans anoplastie)		
	Fistulotomie		
	Obturation de fistule après 1er temps de drainage par sétou (colle biologique, plug, lambeau rectal d'avancement)		
	Plasties cutanées		
Risque modéré	Mise à plat d'abcès ano-rectaux	OUI	OUI
	Excision de kyste pilonidal		NON
	HAL-Doppler et HAL-mucopexie		
	Hémorroïdectomie pédiculaire ouverte (type Milligan et Morgan)		
	Hémorroïdopexie agrafée (type Longo)		
	Résection agrafée transanale (STARR)		
	Tumorectomie par voie transanale		

3 - GESTION DES ACTES DE PROCTOLOGIE CHEZ LE CORONARIEN

- Les recommandations de non-faisabilité des actes de proctologie sous clopidogrel résultent du peu d'études scientifiques disponibles.
- Il n'est pas recommandé de réaliser un geste invasif sous prasugrel ou ticagrélor.
- Dans la totalité des cas, l'AAS est maintenue durant l'acte de proctologie car un arrêt, même bref, expose à des accidents cardio-vasculaires graves.
- Il faut préférer un acte chirurgical permettant de régler le problème proctologique en un temps à des séances de traitement instrumental itératives exposant à un plus grand risque de complications.
- Le relais du clopidogrel par l'aspirine 5 jours avant l'intervention permet de maintenir une antiagrégation efficace avec un risque hémorragique minime.
- Une concertation pluridisciplinaire est nécessaire lors de la prise de décision, au moins entre le praticien qui réalise l'acte et ceux qui suivent le traitement de la coronaropathie.

Acte proctologique	Risque thrombotique majeur (bithérapie antiagrégante)	Risque thrombotique moindre (monothérapie antiagrégante)
Actes de proctologie à risque hémorragique faible et modéré	Différer l'intervention à 1 an (sauf abcès) OU arrêt clopidogrel 5 jours avant ou prasugrel 7 jours avant (concertation pluridisciplinaire) avec AAS toujours maintenue.	Maintien de l'AAP en cours. Si sous clopidogrel, substitution par AAS 5 jours avant et 30 jours après (afin de couvrir la période de chute d'escarre).

Modalités d'interruption des AAP si l'arrêt est nécessaire.

Traitement en cours	Arrêt envisagé	Délai entre l'arrêt et le geste
AAS	AAS	3 jours (si risque thrombotique majeur) à 5 jours
Clopidogrel	Clopidogrel	5 jours
AAS + clopidogrel	Clopidogrel	5 jours
AAS + prasugrel	Prasugrel	7 jours
AAS + ticagrélor	Ticagrélor	5 jours

Recommandations sur le traitement et la reprise des AAP.

Traitement initial	Traitement poursuivi lors du geste invasif	Traitement envisagé en post-opératoire immédiat	Modalités pratiques de la reprise
Monothérapie AAP			
AAS	AAS	AAS	Poursuite AAS même dose.
AAS	Aucun	AAS	Reprise AAS même dose.
Clopidogrel	Aucun	Clopidogrel	Reprise clopidogrel (après dose de charge 300 mg si besoin).
Clopidogrel	AAS (relais)	AAS	Poursuite AAS même dose jusqu'à la reprise du clopidogrel.
Bithérapie AAP			
AAS + clopidogrel	AAS	AAS	AAS même dose + clopidogrel 75 mg (après dose de charge 300 mg si risque thrombotique majeur).
AAS + prasugrel	AAS	AAS	AAS même dose + prasugrel même dose.

- La reprise est possible très précocement après le geste invasif, au mieux le jour même, en fonction du risque de saignement postopératoire, si l'hémostase a été jugée correcte et en l'absence de saignement majeur. Le patient doit être informé des modalités de la reprise du traitement et en recevoir une trace écrite.

AVERTISSEMENT

L'ensemble des situations cliniques ne pouvant être traité ici, il est important de se reporter au texte des recommandations autant que de besoin.

La HAS et la SFED remercient les sociétés savantes suivantes qui ont contribué activement à ce travail :

- Groupe d'Étude sur l'Hémostase et la Thrombose (GEHT)
- Société Nationale Française de Colo-Proctologie (SNFCP)
- Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED)
- Société Française de Cardiologie (SFC)
- Société Française de Rhumatologie (SFR)
- Collège de Médecine Générale (CMG)
- Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR)
- Société de Chirurgie Vasculaire de Langue Française (SCV)
- Association Française d'Urologie (AFU)
- Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF)